

茨城県海外対象医師修学研修資金貸与制度（修学資金）

応募書 兼 面接申込書（受験生用）

申込年月日		令和 年 月 日	
ふりがな 氏 名		男・女	生年月日 年 月 日生 (令和 年月 日現在) 満 才
受験(予定) 大学名 (若しくは正規 合格大学名、 又は入学手続 き済大学名)	1. 2. 3. 4.		写真貼付欄
申込時の状況		1. 合格発表後（本コース合格） 2. 入学手続き済 3. 予備コース在学中（次年度、本コース進級予定）	
現住所		〒	
		電話： ()	携帯： ()
出身 高 校	名称		
	所在地	〒	
		電話： ()	
卒業等		年 月 日 卒業・卒業見込	
保護者 (申込者が未成年の場合記入)	住所		氏名
	〒		続柄
電話： ()			
※該当がある場合に記入願います。(高校卒業後の在学歴（予備校含む）、就職歴等)			
卒業後履歴	年 月 日 ～ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ～ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ～ 年 月 日 ()		

茨城県海外対象医師修学研修資金貸与制度（修学資金）

応募書 兼 面接申込書（在 学 生 用）

申込年月日		令和 年 月 日	
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日 (令和 年 月 日現在) 満 才
大学名 (学年)		_____ (年) ※ 学年は申込時の学年を記入すること。	
現 住 所		〒 _____	
		電話： ()	携帯： ()
出 身 高 校	名 称	_____	
	所在地	〒 _____	
		電話： ()	
卒業等	_____ 年 月 日 卒業		
保 護 者 (申込者が未成年の場合記入)	住 所	氏 名	続柄
	〒 _____ 電話： ()		
※該当がある場合に記入願います。(高校卒業後の在学歴(予備校含む)、就職歴等)			
卒業後履歴	年 月 日 ~ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ~ 年 月 日 ()		

茨城県海外対象医師修学研修資金貸与制度（研修資金）

応募書 兼 面接申込書

申込年月日		令和 年 月 日	
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日 (令和 年 月 日現在) 満 才
卒業予定 大学名		写真貼付欄 ※ 申込時の状況（以下のいずれかに○を付けてください。 1. 卒業見込み 2. 卒業	
現住所		〒	
		電話： ()	携帯： ()
出身 高 校	名称		
	所在地	〒	
	卒業等	電話： ()	
卒業等 年 月 日 卒業			
※該当がある場合に記入願います。（高校卒業後の在学歴（予備校含む）、就職歴等）			
卒業後 履 歴	年 月 日 ～ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ～ 年 月 日 ()		
	年 月 日 ～ 年 月 日 ()		